

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Katharina Götzel

Diätassistentin  
 Ernährungsberaterin/DGE  
 Kesselsdorfer Str. 72  
 01159 Dresden  
 Tel.: 0351 / 309 173 17  
 www.ernaehrungsberatung-goetzl.de

## Verordnungsbogen für Ernährungsberatung nach §43 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Diagnose:	
-----------	--

Bitte die Felder ausfüllen, die für die Maßnahme erforderlich sind:

Cholesterin		HDL		Blutzucker		Harnsäure	
Triglyceride		LDL		HbA1		Blutdruck	

weitere relevante Laborwerte:	
Medikation:	
Risikofaktoren:	
arbeitsbedingte Belastungsfaktoren	
Sonstige Indikationen / Nebendiagnosen	

Es liegt keine Grunderkrankung vor, die eine Teilnahme an der verordneten Maßnahme ausschließen.

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Genehmigung durch die Krankenkasse:**

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Teilnahmebestätigung für Ernährungsberatung:**

Datum	Uhrzeit	Unterschrift der/des Versicherten

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift: \_\_\_\_\_